

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André BONNET

Né à Paris, le 8 septembre 1899.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATOMÉGALIE

CHEZ LES HYPERTENDUS

Président : M. CH. ACHARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André BONNET

Né à Paris, le 8 septembre 1899.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATOMÉGALIE
CHEZ LES HYPERTENDUS

Président : M. CH. ACHARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.

MM.

I. de JONG . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils . . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . Histologie.
 TANON Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A. TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHÉVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAFON-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.
LÉREBOULLET. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LERI. . . . Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.



Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

**Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur**

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR SIGISMOND BLOCH

Chef de Clinique de la Faculté de Paris

~~Chevalier de la Légion d'honneur~~

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉPATOMÉGALIE
CHEZ LES HYPERTENDUS

INTRODUCTION

En examinant au hasard un certain nombre d'hypertendus, on ne peut manquer d'être frappé de la fréquence relative avec laquelle on rencontre chez ces sujets un développement exagéré du foie (1).

Malgré cette observation vieille de quatorze ans, malgré la thèse de Chevalerias (2), l'hépatomégalie des hypertendus n'est pas encore devenue, à notre avis, une notion suffisamment connue. En effet, au cours de nos recherches bibliographiques nous n'avons trouvé que peu d'indications.

Il nous a paru intéressant de reprendre dans son ensemble l'étude de cette hépatomégalie, sans sortir d'ailleurs du domaine clinique.

1. Castaigne et Heitz, *Le gros foie des hypertendus* in *Journal Médical Français*, 15 avril 1913.

2. *La congestion passive du foie associée à l'hypertension artérielle*. Thèse de Paris, 1912-1913, n° 68.

HISTORIQUE

A part l'article princeps de Castaigne et Heitz (1) et la thèse de Chevalerias (2) faite d'ailleurs sous l'inspiration de Castaigne, pas de travail d'ensemble et simplement de brèves mentions éparses dans les traités.

Huchard incidemment rapporte deux observations d'hépatomégalie chez des hypertendus (3).

Il traite ces hépatomégalies par le massage et obtint d'excellents résultats (!)

Par ailleurs cet auteur insiste sur des poussées fluxionnaires chez des goutteux, des rénaux et va jusqu'à parler d'un rein hépatique.

Barié dans son traité des maladies du cœur insiste sur la fréquence du foie cardiaque dans les affections mitrales alors que dans la sclérose du cœur l'hépatomégalie serait plutôt rare. Il n'attire pas spécialement l'attention sur le gros foie des hypertendus, mais montre clairement la prédisposition qu'ont à faire de l'asystolie hépatique les

1. *Le gros foie des hypertendus.*

2. Paris, 1912-1913, n° 68.

3. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, t. I. Paris, 1899.

alcooliques, les lithiasiques, les paludéens et syphilitiques (1).

Cependant l'hépatomégalie des hypertendus n'a pas échappé à l'excellent clinicien que fut Merklen et voici ce que nous trouvons dans ses leçons sur les troubles fonctionnels cardiaques.

« Il n'est pas rare de trouver chez quelques cardiaques à foie plus ou moins altéré une tension artérielle particulièrement basse. Je me souviens par contre d'une vieille dame atteinte de foie cardiaque avec ascite à répétition et simultanément de néphrite interstitielle et chez laquelle la tension artérielle était très élevée. L'hypotension ne se manifesterait donc au cours de l'asystolie hépatique qu'autant qu'il n'existerait pas simultanément d'imperméabilité rénale (2).

Dans la consciencieuse thèse de Chevalerias nous trouvons un certain nombre de notions précises.

« L'asystolie hépatique est fréquente chez les malades qui présentent une tension artérielle élevée. »

« La constatation de faits de ce genre permet encore une conclusion pratique, à savoir que le volume du foie doit être étudié avec grand soin chez tous les hypertendus. Lorsqu'on verra le foie devenir douloureux, augmenter de volume... on sera en droit d'affirmer que le cœur a tendance à se laisser dilater et comme conseil pratique, on

1. *Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte*. Paris, 1912.

2. *Leçons sur les troubles fonctionnels cardiaques*. Paris, 1908.

devra conseiller aux malades un régime et un genre de vie permettant aux malades de se reposer (1) ».

Dans leur remarquable article Castaigne et Heitz insistent sur la fréquente coexistence de l'hépatomégalie et de l'hypertension. Ils notent qu'il s'agit d'un gros foie non douloureux. Le foie est augmenté dans toutes ses dimensions. Le bord supérieur est surélevé comme le montre la radioscopie. L'hépatomégalie s'accompagne parfois, mais pas toujours, de quelques troubles fonctionnels (2).

L'œdème des membres inférieurs, avec ou sans albumine, n'est pas exceptionnel. Le cœur paraît peu touché, le rythme en effet est régulier mais les auteurs croient que la dyspnée existe chez les deux tiers de ces malades.

Vaquez écrit : « Habituellement les troubles hépatiques marchent de pair avec ceux de l'asystolie. Mais parfois la tuméfaction du foie apparaît presque soudainement à la suite d'une insuffisance aiguë du cœur droit. Cela se voit chez les sujets atteints de lésions mitrales ou de symphyses cardiaques. Mais le même accident a été signalé après la distension du ventricule gauche avec œdème pulmonaire (3). »

M. Lian dans le chapitre consacré au foie cardiaque rappelle que si l'hépatomégalie est surtout l'apanage des mitraux, souvent aussi, et MM. Cas-

1. Thèse de Paris, 1912-1923, n° 68.

2. *Troubles gastriques, Subictère.*

3. Vaquez, *Traité des maladies du cœur*. Paris, 1921.

taigne et Heitz ont insisté sur ce point, il y a lieu d'incriminer l'insuffisance cardiaque des hypertendus, néphritiques avérés ou méconnus (1).

Ces derniers faits risquent d'autant plus de passer inaperçus que si l'asystolie des rénaux a été mise en lumière par les travaux de Debove, les phases initiales de l'insuffisance cardiaque ont été moins étudiées et de l'avis de M. Lian on ne fait pas en général une part assez importante à l'insuffisance cardiaque dans les accidents observés chez les brightiques.

Gallavardin dans son étude sur la tension artérielle n'insiste qu'incidemment sur cette hépatomégalie. « Ce gros foie dur des hypertendus de Castaigne et Heitz. » Il en fait un des syndromes de l'insuffisance ventriculaire droite qui s'ajoute à ce moment à l'insuffisance ventriculaire gauche pour réaliser l'asystolie des hypertendus avec ses particularités bien connues : Malades plutôt pâles, tension artérielle relativement élevée (2).

Ainsi donc pour Gallavardin comme pour tous les classiques, cette hépatomégalie est l'expression de l'insuffisance ventriculaire droite. L'hépatomégalie ainsi que les autres congestions viscérales est l'apanage de l'insuffisance cardiaque totale.

Tel n'est pas l'avis de M. Laubry (3).

1. Lian, *Maladies du cœur* in *Traité de médecine de Sergent*. Paris, 1922.

2. Gallavardin, *La tension artérielle en clinique. Sa mesure, sa valeur séméiologique*. Paris, 1920.

3. *Presse médicale* du 4 avril 1925 ; Laubry, Routier et

Pour cet auteur dans ces états « aussi bien radiologiquement que cliniquement le ventricule droit s'est toujours montré de dimensions et de texture normales. » Sur les pièces on voit un volumineux ventricule gauche à cavité béante refoulant sur le côté un ventricule droit normal ou même petit.

Il ne saurait donc être question d'insuffisance ventriculaire droite compliquant une insuffisance ventriculaire gauche. Tout au plus peut-on dire que le ventricule droit se trouve gêné par l'énorme hypertrophie gauche et que la faible quantité du sang qu'il débite, jointe au ralentissement dans le système artériel est une des causes principales des phénomènes de stases.

Ainsi pour cet auteur le foie cardiaque en particulier est l'expression de cette insuffisance ventriculaire gauche. Il attire spécialement l'attention sur la précocité des modifications hépatiques. Le foie est très vite « gros et douloureux ». M. Laubry insiste sur ce fait d'apparence classique que le foie cardiaque, foie de stase sus-hépatique n'évolue pas forcément vers la sclérose. Il lui faut des conditions locales hépatiques, un certain degré d'imprégnation éthylique par exemple.

P. Ourry, *Insuffisance ventriculaire gauche, son rôle en pathologie cardiaque.*

VUE D'ENSEMBLE

D'emblée nous insisterons sur ce point qui nous paraît capital: c'est que le gros foie chez l'hypertendu n'a pas une valeur diagnostique et pronostique univoque. Nous ne saurions trop insister sur ce point et quitte à nous exposer à des redites nous y reviendrons.

Sans méconnaître la possibilité d'une simple coïncidence, d'une coexistence par exemple de l'hypertension avec une hépatomégalie par kyste hydatique, par néoplasme, encore que ces faits soient exceptionnels, nous verrons qu'il y a surtout au point de vue clinique, pronostique et pathogénique deux groupes d'hépatomégalies chez les hypertendus.

Dans le premier groupe le gros foie est consécutif aux troubles circulatoires engendrés par l'hypertension. Cette hépatomégalie fonction de l'hypertension indique une déficience cardiaque, comporte un traitement cardiotonique énergique et à la fois prudent.

Dans un deuxième groupe que nous pouvons qualifier d'hépatomégalie associée, cette hépatomégalie est déterminée par l'éthylisme, par la syphilis, par une amibiase, par du paludisme. Sans compter

les cas mixtes, association éthylo-syphilitique si fréquente.

Mais entre ces deux groupes commodes à distinguer au point de vue didactique, il n'y a pas de cloison étanche. Les cas cliniques débordent les cadres par trop rigides et il n'est pas rare de rencontrer en clinique des hypertendus éthyliques avérés, syphilitiques indubitables, mais dont le cœur malgré des apparences de bonne tenue est insuffisant. Démêler en pareil cas ce qui appartient au facteur insuffisance cardiaque, au facteur éthyliisme, au facteur syphilis n'est pas toujours chose aisée. Ce n'est cependant pas un problème purement doctrinal.

Sa solution comporte une sanction thérapeutique qui judicieuse rend le plus grand service au malade, malencontreuse peut aggraver la situation.

ETUDE CLINIQUE

Pour la commodité de notre description nous envisagerons successivement plusieurs types cliniques d'hépatomégalias. Les uns de beaucoup les plus nombreux, apanages de l'hypertension permanente, les autres beaucoup plus rares s'observent au cours de l'hypertension transitoire aiguë ou paroxystique.

a) Voici tout d'abord la forme latente. Comme son nom l'indique il s'agit de malades qui viennent consulter pour un des innombrables troubles liés à l'hypertension. Ils se plaignent de céphalées, d'épistaxis, de vertiges, d'engourdissements et de fourmillements dans les extrémités. D'autre part ils accusent un peu de dyspnée, quelques palpitations, surtout après les repas. Parfois signes plus dramatiques et plus significatifs, signes d'angor violente ou discrète, douleurs constrictives à l'occasion d'un effort.

En présence de ces hommes qui généralement ont dépassés la cinquantaine on pense à une hypertension artérielle que le sphygmomanomètre confirme.

Quand on pratique chez eux un examen complet il n'est pas rare de constater que leur foie est gros, qu'il débordé les fausses-côtes, mais aucun trouble n'ayant

attiré l'attention sur cette hépatomégalie elle peut à juste titre être étiquetée latente.

Voici maintenant le deuxième type :

b) Forme commune. -- Ici au contraire il s'agit de dyspeptiques qui viennent consulter non pas le cardiologue mais le gastro-entérologue. Leur appétit laisse à désirer, les digestions sont laborieuses. Ils sont souvent ballonnés après les repas et incommodés par des éructations, des borborygmes, des gaz. L'aérophagie est fréquente chez ces malades.

On ne saurait trop insister sur la banalité du symptôme et la nécessité de la ramener à sa véritable cause.

Ces malades sont en général des constipés. Mais sous l'influence d'un repas copieux, d'un excès de boisson, d'une fatigue, ils ont des débâcles diarrhéiques fétides et une sensibilité avec prédominance de douleur dans l'hypochondre droit dans certains cas ou douleur et barre épigastrique.

Dispepsie sensitivo-motrice, légère insuffisance surrénale dira-t-on, mais l'examen complet nous montre qu'il s'agit d'un hypertendu dont l'hypertension n'est pas seulement une découverte de l'appareil sphygmomanométrique.

En effet quand on fouille l'interrogatoire du malade on apprend qu'il est essoufflé, qu'il a des palpitations, qu'il est gêné par le décubitus. Mais somme toute ces troubles l'incommodent peu et le malade en trouve une explication satisfaisante dont il est imprudent de le dissuader : ce sont les gaz

qui distendent l'estomac et appuient sur le cœur qui sont la source de toutes ces misères. Nous estimons pour notre part que si cette explication doit être laissée au malade, la filiation pour nous est tout autre. La dyspepsie sensitivo-motrice, l'hépatomégalie douloureuse à la pression et non pas spontanément sont sous la dépendance de l'insuffisance cardiaque.

Mais c'est une insuffisance cardiaque des hypertendus qui au début ne ressemble que de très loin à l'hyposystolie du mitral.

c) Congestion hépatique aiguë chez les hypertendus.

Voici l'observation princeps qui illustrera ce chapitre.

OBSERVATION I

(Communiquée par le Dr Sigismond Bloch.)

M. A..., 44 ans, voyageur de commerce, entre en novembre 1922 dans le service de notre maître, M. le Professeur Achard, salle Barthe à l'Hôpital Beaujon, pour douleur à l'hypochondre droit et subictere.

Le malade donne d'emblée par son teint l'impression d'un hépatique. Les conjonctives sont franchement jaunes, les pommettes variqueuses, les urines foncées bière brune. L'interrogatoire minutieux est impossible car le malade est en proie à une douleur vive, à des nausées et même à des vomissements muqueux et bilieux.

L'exploration de l'hypochondre droit montre que toute cette région est douloureuse avec douleur maxima au point cys-

tique. L'hypéresthésie superficielle et profonde est telle qu'il est impossible de sentir ni le foie ni la vésicule biliaire. Pas de point épigastrique, pas de point scapulaire, température normale.

Cet examen à vrai dire sommaire car commandé par l'urgence de la situation nous fait porter le diagnostic de colique hépatique.

Nous instituons le traitement classique : Cataplasme chauds, ingestion de perles d'éther amyl valérianique et devant la persistance de la douleur, à la contre visite nous pratiquons une injection de morphine. La nuit est mauvaise et la surveillante de veille nous apprend que le malade, bien qu'ayant cessé de souffrir, a passé une nuit blanche, assis au pied de son lit, étouffant littéralement, angoissé et agité.

Cette dyspnée nocturne avec angoisse et anhélation n'étant guère dans la note d'une colique hépatique, nous avons examiné le malade attentivement et longuement le lendemain et nous avons constaté qu'il s'agissait d'un hypertendu avec une tension artérielle de 22-15 au Pachon. Le cœur était gros, la pointe battait dans le sixième espace. L'auscultation faisait percevoir un bruit de galop. Les urines contenaient un louche d'albumine outre les pigments et sels biliaires et l'exploration attentive de l'hypochondre droit, facilitée par l'accalmie réalisée par la morphine a permis de sentir un foie débordant les fausses côtes de quatre travers de doigt environ, très douloureux à la pression non en un point localisé, mais tout le long de son bord inférieur et mousse que nous avons pu suivre depuis l'épigastre jusqu'au voisinage de la fosse lombaire.

Le bord supérieur du foie était dans le quatrième espace

intercostal droit. C'était donc une hépatomégalie et non pas une simple ptose hépatique. Ajoutons enfin qu'il y avait quelque raison d'affirmer chez cet hypertendu l'existence d'un éthyisme professionnel (voyageur de commerce en vins) et de soupçonner la syphilis. La réaction de Bordet-Wasserman s'est du reste montrée partiellement positive. Nous avons institué chez ce malade un traitement cardiotonique. Après une préparation par purge drastique et ventouses sacrifiées appliquées sur le foie, nous avons pratiqué tout d'abord pendant quatre jours une injection intraveineuse de $1/4$ de milligramme d'ouabaïne. Puis nous avons administré pendant cinq jours X gouttes de la solution de digitaline au $1/1000$ suivies d'une cure de théobromine à 2 grammes *pro die*. L'état du malade s'est rapidement amélioré. La douleur hépatique a complètement disparu. Il est sorti de l'hôpital au bout d'une dizaine de jours et a pu reprendre et continuer ses occupations grâce aux cures cardiotoniques auxquelles il se soumettait tous les mois.

Revu au bout de quatre mois il se félicitait de sa santé. Il conservait toutefois une tension très élevée, un galop ample et une albuminurie persistante.

Voici une autre observation similaire :

OBSERVATION II

(Communiquée par le Dr Sigismond Bloch).

Nous avons longtemps suivi un malade d'une soixantaine d'années, hypertendu qui de temps à autre faisait de petites crises d'insuffisance cardiaque.

Il s'essoufflait, ses chevilles enflaient. Le bocal d'urines indiquait un fléchissement de la diurèse. Le traitement cardiotonique institué à de multiples reprises mettait généralement vite fin à cet état. Un jour nous sommes appelé d'urgence auprès de lui. Il était en train de faire une partie de cartes lorsque brusquement il avait été pris d'une douleur atroce à l'hypochondre droit avec nausée et l'on crut à une appendicite. Nous avons constaté que chez lui le foie était la source de la douleur. Ce foie s'était brusquement tuméfié, car nous avons eu l'occasion d'examiner le malade la veille et nous affirmons que cette hépatomégalie n'existait pas. La violence de la douleur était telle qu'une injection de morphine additionnée d'atropine nous parut urgente. Le malade continua les jours suivants sa cure cardiotonique et tout rentra dans l'ordre. Le sujet mourut six mois après d'asystolie irréductible.

Ainsi donc au cours de l'hypertension on peut assister à des poussées fluxionnaires hépatiques dont l'existence n'a du reste pas échappé aux classiques. C'est ainsi que Vaquez écrit :

« Parfois les tuméfactions du foie apparaissent soudainement à la suite d'une insuffisance aiguë des cavités droites et sont alors comparables à de la congestion œdémateuse du poumon, consécutive à la dilatation aiguë du ventricule gauche. Cela se voit chez des sujets atteints de lésions mitrales ou de symphyse cardiaque à l'occasion d'efforts physiques de surmenage, ou d'accouchement. »

Mais cet auteur a soin d'ajouter : « le même acci-

dent a été signalé après la distension du ventricule gauche avec œdème pulmonaire. »

Ces faits sont très rares et il est classique d'insister sur l'augmentation habituellement silencieuse du foie, trouvaille d'examen. Mais si l'hépatomégalie est silencieuse d'ordinaire, les cas que nous venons de citer évoluent sous le masque d'une affection aiguë. Ils réalisent le syndrome de colique hépatique.

Le diagnostic est malaisé chez un malade subictérique dont les urines sont foncées, qui a des nausées et des vomissements.

Si l'on n'a pas suivi ce malade on pense tout naturellement à une colique hépatique tant la douleur est brusque et vive, arrachant des cris au malade, l'obligeant à se tenir courbé en deux.

Lors même que l'on connaît le malade, qu'on le sait hypertendu et que l'on a suivi le fléchissement de son cœur, l'on ne peut s'empêcher de penser à quelque complication hépatique gastroduodénale ou rénale, à une embolie dans un domaine artériel difficile à préciser au prime abord, voire à une crise d'angor abdominal tant l'événement est impressionnant.

Mais l'examen de l'hypochondre droit va nous montrer que la douleur ne siège pas comme dans la colique hépatique au point cystique ou dans la zone pancréatico-cholédocienne, mais que cette douleur diffuse occupe le bord inférieur du foie que l'on suit « à la douleur » depuis le flanc droit jusqu'à l'épigastre. Cette douleur cesse aussitôt que le doigt qui

palpe a quitté la région hépatique pour s'enfoncer dans l'hypochondre gauche. C'est donc une douleur hépatique et non pas ventriculaire.

Du reste toute la glande hépatique est endolorie et la percussion de l'organe à travers les espaces intercostaux et le mamelon droit est également douloureuse.

Nous avons à peine besoin d'insister sur les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu pareil syndrome. Les observations rapportées ci-dessus l'illustrent suffisamment.

HÉPATOMÉGALIE AU COURS DES CRISES HYPERTENSIVES PAROXYSTIQUES

Nous avons envisagé jusqu'ici exclusivement l'hépatomégalie au cours de l'hypertension permanente. Il nous a paru intéressant d'esquisser rapidement comment se comporte l'organe au cours de crises hypertensives.

Rappelons que d'après Vaquez on les observe dans la colique de plomb, dans l'éclampsie, dans le tabès. De plus on a rapporté ces temps derniers des crises hypertensives paroxystique chez les porteurs de tumeurs surrénales ou au cours d'un lymphosarcome médiastinal (1).

Enfin on a rapporté des cas d'hypertension paroxystique sans cause déterminée, exemple le cas récent de Vaquez et Donzelot dans lequel une irradiation des surrénales instituée par M. Laubry amena la guérison.

Dans la colique saturnine, le fait est classique, le foie est diminué de volume.

Cette atrophie porte sur les diamètres verticaux et horizontaux. Elle cesse avec la colique, le foie

1. Villaret, S. Bloch, Barriety et J. B. Luppas, *Bulletin de la Soc. médicale des Hôpitaux*, 2 juillet 1926.

reprenant graduellement son diamètre primitif. Par contre au cours de l'éclampsie avec hypertension, l'hépatomégalie est fréquente d'après Dubrisay et Jeannin (1).

Cette atteinte du foie se traduit en plus pendant la vie par la présence dans l'urine de pigments biliaires modifiés ou non, de sucre et même d'acétone. L'autopsie montre de vastes hémorragies avec nécrose de coagulation cellulaire. Les lésions hépatiques sont parfois tellement importantes que c'est à elles que certains auteurs ont attribué l'éclampsie. Tel n'est pas l'avis de M. Vaquez. Pour lui l'éclampsie est due à l'hypertension qui distend les vaisseaux hépatiques. « Le sang s'échappe en dehors pour constituer de larges suffusions sous-scapulaires qui caractérisent le foie des éclamptiques. Les lésions cellulaires se produisent secondairement. » En résumé les lésions du foie sont pour cet auteur la conséquence mais non la cause de l'éclampsie.

Ajoutons que pour lui les lésions rénales et albuminuriques des éclamptiques sont également l'effet de l'hypertension *primum movens* de ce processus morbide. Dans les autres crises hypertensives, celles du tabes, celles des tumeurs surrénales, médiastinales, les observations sont muettes sur le volume du foie ou le notent comme normal.

1. Dubrisay et Jeannin, *Précis d'accouchement*. Paris, 1924, Lehman, éd.

HEPATOMÉGALIE AU COURS DE L'HYPERTENSION TRANSITOIRE

Au cours de la néphrite aiguë scarlatineuse ou autre, chez l'enfant en particulier, il n'est pas rare de voir la tension artérielle monter parfois d'une façon rapide et cette ascension tensionnelle s'accompagner d'une augmentation de l'aire cardio-hépatique.

Ces faits ne sont pas non plus exceptionnels chez l'adulte. Une thérapeutique cardiotonique énergique triomphe aisément de ces accidents. Ce sont des faits particulièrement étudiés par Hutinel et Nobécourt (1).

1. Nobécourt, *Précis de médecine infantile*. Masson, Paris, 1912.

DIAGNOSTIC

Reconnaître l'existence d'une hépatomégalie chez un hypertendu est chose aisée. Une palpation attentive de l'hypochondre droit, aidée au besoin par la percussion permet de délimiter le bord inférieur de l'organe. Une percussion de la région mammaire droite permet de délimiter le bord supérieur.

Dans certains cas, quand il s'agit d'un sujet obèse à ventre météorisé, on a intérêt à donner une purgation préalable, voire un lavement évacuateur pour rendre le palper plus aisé. MM. Castaigne et Heitz ont insisté sur les services que peut rendre la radioscopie pour voir le bord supérieur de la glande hépatique, bombé en dôme, soulever la coupole diaphragmatique droite. Toutes ces notions sont bien connues. Nous nous excusons d'y insister quelque peu. Reste la deuxième partie du diagnostic. S'agit-il d'une hépatomégalie en rapport intime ou éloigné avec l'hypertension, s'agit-il d'une hépatomégalie indépendante de l'hypertension. Dans certains cas on a pu discuter le diagnostic d'avec le cancer du foie (Castaigne et Heitz). En pareil cas le diagnostic ne se pose qu'avec un cancer primitif qui se traduit par un gros foie solitaire sans ascite, sans ictère

ni splénomégalie, d'une dureté ligneuse et rivé dans l'hypochondre droit. Pendant quelques mois l'état général est respecté et le doute est possible.

Rappelons que dans la congestion hépatique aiguë telle que nous l'avons représentée dans l'observation I nous avons pensé à une colique hépatique.

D'une façon générale le diagnostic de l'hépatomégalie est facilement posé. Celui de l'hypertension ne souffre pas non plus de difficulté et le point délicat du problème consiste à préciser le rapport de ce gros foie avec hypertension. Le pronostic découlera entièrement de sa solution.

PRONOSTIC

Tout d'abord il y a des cas simples. Voici par exemple un hypertendu subictérique malgré son teint blafard, avec des urines rares et foncées, ce qui d'emblée attire l'attention sur l'état de son foie car habituellement ces malades émettent des urines pâles et abondantes. L'examen du foie montre que la glande est augmentée de volume, qu'elle déborde de plusieurs travers de doigt le rebord costal droit. Fait capital elle est sensible à la pression. Somme toute il s'agit d'un foie cardiaque typique. Le malade est en pleine insuffisance cardiaque, ses jambes sont enflées, sa respiration pénible, ses bases encombrées.

Ne nous fions pas à la régularité de son pouls qui est bien frappé, ni à la tension qui est bonne. Tout est relatif. Cet hypertendu a sombré dans l'asystolie et ne la fait pas comme un mitral mais à sa façon. C'est le type bien connu d'asystolie que les classiques appellent cardio-artérielle ou cardio-rénale suivant que les vaisseaux périphériques ou les reins donnent la note prédominante. C'est l'asystolie étudiée par Portocalis dans sa thèse inaugurale (1).

1. Paris, 1911-1912, *L'Asystolie avec hypertension*.

Dans ces cas la filiation des événements est évidente. L'hépatomégalie est sous la dépendance de la défaillance cardiaque. Elle en suit les vicissitudes. Le foie diminue de volume lorsque le cœur vamieux et au contraire se distend lorsque le cœur fléchit.

Voici un cas plus délicat. Il s'agit d'un hypertendu qui consulte pour un trouble peu significatif. L'examen complet fait déceler d'une part une hépatomégalie, d'autre part une tension artérielle élevée. A vrai dire le malade a de multiples raisons d'être porteur d'un gros foie. C'est un éthylique avéré, il a séjourné aux colonies et n'a pas été épargné par l'hématozoaire du paludisme et a fait même de l'amibiase intestinale. L'existence de la syphilis est probable comme en témoigne une leucoplasie et la paresse de ses pupilles à la lumière.

S'agit-il d'une hépatomégalie fonction de l'hypertension ou bien les antécédents toxiques et infectieux du malade suffisent-ils à expliquer l'hépatomégalie et ont-ils peut-être même contribué à déterminer l'hypertension ?

Nous répondrons à cette question en tenant compte de l'examen du foie et de l'appareil cardio-vasculaire. Et tout d'abord ce foie augmenté dans son diamètre vertical est sensible à la pression. Or nous ne connaissons guère d'hépatomégalie douloureuse en dehors de l'hépatite amibienne, ce qui n'est pas le cas de notre malade et du foie cardiaque.

D'autre part, ce malade n'a rien au cœur mais il

étouffe facilement, parfois même a de petites crises de dyspnée nocturne terminées par le rejet de crachats mousseux ; les malades appellent cela des crises d'emphysème et nous aurions bien tort de redresser leur erreur de diagnostic.

Leur cœur est régulier mais rapide. Les extrasystoles ne sont pas rares, parfois perçues par le malade lui-même. L'auscultation fait constater que ces bruits du cœur sont quelquefois sourds, d'autres fois on rencontre un galop ou un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle qu'il faut chercher avec soin car il est limité à la pointe, il se propage peu et est d'une intensité faible. En un mot chez ce malade nous constatons des signes discrets mais indubitables d'insuffisance ventriculaire gauche et l'hépatomégalie en est la signature. Ceci est tellement vrai que sous l'influence du traitement déplétif et cardiotonique tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION III

Nous avons vu à l'hôpital Beaujon, lit n° 6, salle Barthe, un malade M. P..., employé, âgé de 59 ans, soigné depuis longtemps pour de l'ictère en rapport avec une lithiase. En dehors de ces antécédents pathologiques rien d'autre. Le malade n'a eu ni syphilis, ni paludisme. Il est sobre, n'a jamais eu de maladie infectieuse (fièvre typhoïde, grippe, etc., etc...). Mais ceci est déjà de l'histoire ancienne. Plus récemment, depuis un an environ, le malade tout en continuant à souffrir un peu de son foie et tout en étant obligé de

surveiller son régime car le moindre écart lui est funeste, accuse des troubles d'un autre ordre. Il s'essouffle facilement dès qu'il fait un effort, dès qu'il monte un escalier, il a des palpitations douloureuses et éprouve une douleur en barre au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit mais sans caractère angineux. C'est un hypertendu ayant un louche d'albumine dans l'urine. Le traitement institué par son médecin habituel (purgé, ouabaïne par voie buccale) n'ayant pas donné d'amélioration manifeste, il se fit hospitaliser.

A l'examen d'entrée on est frappé par la grande pâleur du malade et sa dyspnée qui affecte le rythme de Cheynes-Stocke. Nulle trace d'œdème. Urines claires mais peu abondantes. Foie très gros, déborde largement les fausses côtes de cinq travers de doigt, empiète sur l'épigastre et peut être suivi très bas, très en arrière dans la fosse lombaire. Il est très sensible à la pression et douloureux à la percussion même à travers le gril costal. Pouls petit et inégal, irrégulier. A l'auscultation bruits du cœur très assourdis et bruit de galop manifeste. La tension artérielle est actuellement de 15-10 au Pachon mais nous savons qu'il n'y a pas encore longtemps elle dépassait 20-16. Congestion hypostatique des deux bases. En résumé à un examen superficiel, si, impressionné par le passé lithiasique du malade et la douleur vive qu'il accuse au niveau de l'hypochondre droit, on se hâtait de porter un diagnostic, on porterait celui de congestion hépatique, de cholécystite peut être et on reconnaîtrait l'existence d'une défaillance cardiaque se traduisant cependant par la dyspnée, la tachycardie, l'assourdissement des bruits du cœur, le bruit de galop. On méconnaîtrait ainsi la signifi-

cation de ce gros foie douloureux qui est un foie cardiaque et l'on perdrait l'occasion d'un brillant succès thérapeutique.

Nous avons soumis ce malade au traitement cardiotonique. Voici le résultat.

Dès le lendemain de son entrée à l'hôpital le malade que son oppression empêchait de dormir a bien reposé. Après une cure de 10 injections intraveineuses de un quart de milligramme d'ouabaine et après s'être soumis à un régime hypochlorure et hypoazote son état est considérablement amélioré.

Dans une troisième catégorie de faits nous ferons rentrer des cas dont voici un exemple :

OBSERVATION IV

M. Jean B..., boulanger, 58 ans, entre le 21 novembre 1927 salle Barthe, à l'hôpital Beaujon. Il est tombé sans connaissance sur la voie publique. A l'examen d'entrée le lendemain le malade est fortement obnubilé. Ses réponses sont confuses et contradictoires. Voici toutefois ce que l'on apprend : Depuis un mois il est mal à son aise et la veille son sommeil, dans la journée car il travaille la nuit, a été entrecoupé de rêves, d'agitation au cours desquels il s'est mordu la langue. Il a uriné sous lui. Le soir il se leva comme de coutume et après avoir légèrement dîné se rendit à son travail.

C'est alors qu'il perdit connaissance brusquement. Il ne se réveilla que dans la nuit, tout étonné d'être à l'hôpital. Ce n'est pas la première fois que ce malade présente des acci-

dents analogues. C'est au moins la deuxième fois depuis quatre mois. Ce qui du reste ne l'a pas empêché de continuer son travail. Outre un certain degré de confusion mentale, de déficit de la mémoire, de versatilité de l'humeur nous ne relèverons pas d'autres troubles morbides fonctionnels.

L'interrogatoire nous apprend en plus :

1° Que le malade est un éthylique. Il boit volontiers du vin, du café avec une goutte, du cidre.

2° Que c'est un syphilitique. Il a été traité il y a déjà vingt ans à l'Hôpital Saint-Louis pendant deux ans pour syphilis et il y a dix ans a refait une nouvelle cure.

Voici les constatations que nous avons faites en examinant le malade :

1° Il y a des signes de spécificité cérébrale sous forme d'un Babinski gauche et d'un signe d'Argill-Robertson avec déformation pupillaire. La pupille gauche est aplatie de haut en bas et la droite transversalement.

2° La tension artérielle est de 25-16 sans aucun trouble tels que épistaxis, céphalée, vertiges, pollakiurie. Pas d'albumine dans les urines, au cœur pas de galop. Pas de signes d'insuffisance mitrale fonctionnelle, pas d'aortite, dans le sang on trouve 0 gr. 40 d'urée.

3° Le foie est un peu ptosé car le bord supérieur correspond au cinquième espace intercostal droit mais le bord inférieur se poursuit à 5 travers de doigt au-dessous du rebord costal. La glande hépatique est accrue de consistance. Sa surface est lisse et complètement indolore.

4° La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien est normal. L'examen des fonds d'œil ne nous apprend rien de particulier.

En résumé il s'agit d'un malade hypertendu, porteur d'un gros foie dur et indolore.

Y a-t-il chez lui de la défaillance cardiaque ? Non car il n'accuse pas la moindre dyspnée, car il urine abondamment, car ses bases ne sont pas encombrées, le pouls est non seulement très bien frappé mais encore régulier et lent. La tension différentielle est satisfaisante et, critère ultime, les bruits du cœur, exception faite de l'accentuation du deuxième bruit en rapport avec l'hypertension, sont normaux. Pas de galop, ni de souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

On est donc obligé d'admettre que cette hépatomégalie n'est pas fonction d'insuffisance cardiaque puisqu'il n'y a pas d'insuffisance cardiaque. Comment allons-nous l'interpréter ?

Le malade a des stigmates d'éthylisme (tremblements des extrémités et de la langue, crampes dans les mollets). La dureté de ce foie, sa surface lisse et surtout l'incisure de son bord supérieur nous obligent à faire intervenir dans la genèse de cette hépatomégalie la syphilis qui est non moins certaine (inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, Bordet-Wasserman positif).

Le malade a été hospitalisé pour crises résolutes avec crises épileptiformes en rapport avec une syphilis nerveuse.

Ce malade est porteur d'une hépatomégalie, hépatite éthylo-syphilitique, relevant de la même cause que son hypertension mais non point fonction de celle-là.

A la lumière de cet exemple nous voyons qu'il y a lieu de distinguer deux cas :

Dans le premier cas l'hépatomégalie douloureuse est fonction de la défaillance cardiaque évidente ou discrète. Dans le deuxième cas le cœur n'est pas en jeu. L'hépatomégalie relève d'une intoxication ou d'une infection (alcoolisme, syphilis) que l'on retrouve en fouillant les antécédents du malade. Ce qui fait la difficulté du problème ce sont les cas mixtes. Si le cœur de l'hypertendu fléchit, si son foie se congestionne, c'est souvent parce qu'il a été touché au préalable par une infection ou une intoxication comme celle citée plus haut et qu'il est devenu le *locus minoris resistenciæ* frappé au premier chef. Ceci est du reste vrai pour le foie cardiaque en général. Inversement le gros foie éthylique, syphilitique, paludéen, dur et indolore, dont le volume et la consistance sont *à priori* sans rapport avec l'état du cœur, constitue par sa seule existence un point d'appel de la stase pour ce cœur qui fléchira un jour.

Mais ceci n'est pas obligatoire et tel hypertendu porteur d'un gros foie peut mourir d'une hémorragie cérébrale, d'une crise d'urémie avec azotémie, voire d'ictère grave sans défaillance cardiaque.

PATHOGÉNIE

Deux cas sont à envisager. Celui de l'hépatomégalie chez un hypertendu décompensé et celui de l'hypertendu dont le cœur ne manifeste aucun signe de défaillance. L'hépatomégalie de l'hypertendu décompensé, c'est en somme le foie cardiaque.

Il n'est pas non plus dans notre intention de refaire ici la pathogénie du foie cardiaque et de rappeler qu'aux altérations purement mécaniques s'ajoutent des lésions dégénératives ou inflammatoires résultant des agents toxiques ou infectieux apportés par la circulation (Vaquez).

Le seul point qui mérite notre attention est le suivant. Par quel mécanisme le foie subit-il une distension. Est-ce l'effet d'une insuffisance ventriculaire droite venant compliquer une insuffisance ventriculaire gauche. En d'autres termes s'agit-il d'une insuffisance cardiaque globale ou bien le ventricule gauche défaillant serait-il seul en jeu. La théorie de l'insuffisance cardiaque totale est le plus communément admise. Elle est classique dans tout les traités. Contrairement à cette assertion, M. Laubry, comme nous l'avons déjà signalé dans notre historique voit dans l'hépatomégalie une des multiples

manifestations de l'insuffisance ventriculaire gauche. Le ventricule droit n'étant modifié ni dans son volume ni dans sa texture.

Reste le deuxième cas, celui du gros foie associé à l'hypertension, le cœur ne pouvant être mis en cause. En pareil cas l'hépatomégalie relevé d'un facteur infectieux (syphilis, paludisme) ou toxique (éthylisme), facteur dont le rôle n'est pas négligeable dans le déterminisme de l'hypertension.

Mais tout récemment on a beaucoup étudié l'action du foie sur la tension artérielle et à l'étranger, en Amérique en particulier, on a vu éclore une riche littérature consacrée à ce sujet. A vrai dire la majorité des publications se placent sur un terrain trop étroitement pratique. Les chercheurs américains essayant d'extraire du foie un produit hypotensif.

Ce qui semble établir que des substances agissant sur le cœur sont constamment élaborées par le foie c'est que Asher en a constaté la présence dans les liquides de perfusion (1).

M. le Professeur Roger, après hydrolyse de tissu hépatique par la baryte a pu préparer trois extraits doués de propriétés différentes et même antagonistes :

- 1° L'un est un vaso-constricteur ;
- 2° L'autre est hypotenseur et vagotonique ;
- 3° Le troisième qui est un extrait éthéré est hypertenseur et vago-paralytique.

A la lumière de ces faits expérimentaux l'on peut

1. Roger, *Presse médicale* du 23 novembre 1927.

se demander s'il n'y a pas de corrélation plus étroite que l'on ne l'a pensé et dit jusqu'ici entre le foie et la tension artérielle. Il ne serait pas surprenant que cette glande comme tant d'autres influe sur la pression du sang et dès lors l'hypertrophie de l'organe pourrait peut-être s'expliquer par une sorte de processus de défense pour préserver l'organisme d'une élévation excessive de la tension artérielle.

Ce n'est là évidemment qu'une vue de l'esprit que nous nous permettons timidement d'émettre.

TRAITEMENT

Ici également nous ne nous occuperons pas de l'hépatomégalie associée à l'hypertension. Cette hépatite scléreuse, éthylo-syphilitique le plus souvent, dont le traitement découlera de l'enquête étiologique fouillée qui permettra de déterminer les causes de l'hépatomégalie. L'on traitera suivant les cas l'alcoolisme, la syphilis, le diabète, la goutte, tantôt isolés tantôt associés en collaboration intime pour déterminer cette hépatomégalie. D'une façon générale l'hypertension ne pourra que bénéficier du traitement qui combattrait le facteur morbide dont le rôle n'est peut-être pas étranger à la genèse de l'hypertension. Un point mérite simplement qu'on y insiste. Celui de l'hépatomégalie syphilitique associée. L'on se souviendra que l'hypertendu a des vaisseaux fragiles, que son rein n'a pas toujours une perméabilité parfaite, que son cœur mérite des ménagements particuliers, l'on instituera donc un traitement qui pour être énergique comme il convient n'en sera pas moins prudent.

Des suppositoires mercuriels sont tout spécialement recommandables, le médicament résorbé par

les radicules de la veine porte se rendant ainsi directement à l'organe le plus lésé.

Voici maintenant le traitement de la congestion hépatique fonction de l'insuffisance cardiaque.

C'est le traitement de l'insuffisance cardiaque qui en est la base. Les règles en sont classiques. Après une purgation drastique il faut administrer un cardiotonique et si les injections intraveineuses d'ouabaïne à doses répétées n'excédant cependant pas 1/4 de milligramme pendant six à huit jours paraissent plus efficaces dans ce type d'insuffisance cardiaque qu'est l'insuffisance ventriculaire gauche, la digitale reste encore ici la reine des médications cardiotoniques, toujours fidèle à employer en cas d'échec de l'ouabaïne, alternativement avec elle ou concomitamment avec elle.

Il est classique de faire suivre ces cures cardiotoniques par l'administration de diurétiques dont le type est la théobromine, souvent du reste mal supportée par les hypertendus. On n'oubliera pas de pratiquer une révulsion sur le foie sous forme de ventouses scarifiées. Ultérieurement, lors de l'amélioration on se préoccupera d'un bon fonctionnement du foie en administrant des cholagogues et des laxatifs.

Le calomel à petites doses, le sulfate de magnésie, le sulfate de soude auront notre préférence.

Mais le traitement médicamenteux ne sera qu'un élément de la thérapeutique et un bon régime alimentaire exempt d'aliments riches en cholestérine

qui joueraient également un rôle dans la pathogénie de l'hypertension (l'hypercholestérolémie est en quelque sorte la règle chez les hypertendus) trouvera également son indication.

Les cures hydrominérales constitueraient un adjuvant utile de cette thérapeutique, mais l'on n'oubliera jamais que le malade tout en ayant un gros foie est également un hypertendu et la cure sera toujours prudente.

CONCLUSIONS

I. — En examinant au hasard un certain nombre d'hypertendus on ne peut manquer d'être frappé de la fréquence relative avec laquelle on rencontre chez ces sujets un développement exagéré du foie (1).

II. — Cliniquement au cours de l'hypertension permanente cette hépatomégalie peut être tantôt latente, s'accompagner de troubles fonctionnels plus ou moins nombreux (forme commune : subictère, dyspepsie, aérophagie, sensibilité du flanc droit), tantôt aiguë (pseudo-colique hépatique).

III. — Elle est rare dans l'hypertension paroxystique sauf dans l'éclampsie.

IV. — Le gros foie des hypertendus n'a pas de signification diagnostique ni pronostique univoque. Tantôt l'hépatomégalie est un signe d'insuffisance cardiaque. Tantôt il s'agit d'une hépatomégalie associée à l'hypertension relevant comme elle d'infection et d'intoxications multiples parmi lesquelles la syphilis acquise ou héréditaire et l'alcoolisme figurent au premier chef.

1. Castaigne et Heitz, *Le gros foie des hypertendus*. *Journal Médical Français* du 15 avril 1913.

V. — L'hépatomégalie de l'hypertendu décompensé est considéré par les classiques comme une manifestation de l'I. V. D. venant compliquer l'I. V. O. C'est donc une expression de l'insuffisance cardiaque totale. Seul Laubry incrimine le V. G. à l'exclusion du V. D. dont le volume et la texture restent normaux.

VI. — L'hépatomégalie sera traitée différemment suivant qu'elle relève d'une défaillance cardiaque, elle bénéficiera alors d'une saignée locale suivie d'un traitement cardiotonique; d'autres fois si le cœur est en bon état on se contentera de la thérapeutique anti-toxique et anti-infectieuse (alcool-syphilis) énergique mais prudente car il faudra tenir compte de la méiopragie hépatique et cardio-vasculaire.

Vu : le Président de la thèse,
CH. ACHARD.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Alvarez, Wulzen, Mahoney. — Blood pressure in fifteen thousand university freshmen (Arch. of. int. Med. Chicago, 1923, XXXII, p. 17-30).

Barié. — Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte. Vigot fr., éd., Paris, 1912.

Burnett. — The depressor action of liver extract (American journal of physiology. Baltimore, 1926, LXXXIII, p. 449-452).

Castaigne et Heitz. — Le gros foie dur des hypertendus (Journ. Med. franç. Paris, 1913, t. VII, p. 143-149).

Chevalerias. — La congestion passive du foie associée à l'hypertension artérielle. Thèse de Paris, 1912-1913, n° 68.

Gallavardin. — La tension artérielle en clinique, sa mesure, sa valeur séméiologique. Paris, Masson, 1920, p. 206.

Harrower. — The hepatic depressor principle and his oral administration in hypertension (Med. Journ. and Record. New-York, 1926, CXXIV, p. 83-86).

Heitz. — Traité de médecine de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Appareil circulatoire. Affections de l'aorte et des artères. Maloine éd., Paris, 1926.

Huchard. — Maladies du cœur et des vaisseaux. Paris, Doin, éditeur, 3 éd., 1905.

— Six leçons sur les maladies du cœur. Paris, 1907, Bailière et fils, éd.

- Labbé, Tinel et Doumer.* — Crises solaires et hypertension paroxystique en rapport avec une tumeur surrénale (Bulletin Société Médicale des hôpitaux, 23 juin 1922, Paris).
- Laubry, Routier et Pierre Ourry.* — Insuffisance ventriculaire gauche, son rôle en pathologie cardiaque (Presse médicale du 4 avril 1925).
- James, Lagthon.* — The antipressor action from liver and its physiologic action (Journ. amer. Med. Assoc. Chicago, 1926, LXXXVII, p. 317).
- Laubry, Vaquez et Donzelot.* — Hypertension paroxystique guérie par la radiothérapie de la région surrénale (Bulletin Société médicale des hôpitaux. Paris, 28 juillet 1927).
- Laubry et Pezzi.* — Les injections intraveineuses d'oubaine dans le traitement des affections cardiaques (Bulletin Société médicale des hôpitaux. Paris, 7 juillet 1922).
- Lappas (J.-B.).* — Crises hypertensives paroxystiques au cours d'un lymphosarcome du médiastin supérieur. Contribution à l'étude de l'hypertension paroxystique. Thèse Paris, 1925-1926, n° 565.
- Lewin.* — My observations with hepatic extract (soluble) as remedial agent (South. méd. journ. Birmingham, 1922, XV, p. 175-181).
- Lian.* — Traité de médecine de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Appareil circulatoire (maladies du cœur). Maloine, éd., Paris, 1926.
- Mac Donald.* — Extractives of liver possessing blood pressure reducing properties ; report of clinical tests (Prod. soc. experim. biology and med. New-York, 1924-1925, XII, p. 483-485).
- Liver extract and blood pressure (Transact. sect. pract. med. Amer. Med. Assoc., 1926, p. 282-285 et Wisconsin med. Journ., XXVI, 1927, p. 15 à 18).

- Major.* — Studies on the effect of hepatic extract upon experimental hypertension produced by guanidin compounds (John's Hopkins hospital. Bulletin Baltimore, 1926, XXXIX, p. 222-228).
- The effects of hepatic extracts on high blood pressure (Journ. amer. med. Assoc. Chicago, 1925, LXXXV, p. 251-253).
- The action of hepatic extract upon arterial hypertension (Trans. assoc. Amer. Physicians, XLI, 1926, p. 19, 290).
- Major, Stoland et Buisktra.* — Observations on the affects of liver extracts in hypertension produced by guanidine compounds (John's Hopkins Hosp. Bull. Baltimore, 1926, XXXVIII, p. 112-123).
- Nobécourt.* — Précis de Médecine infantile. Masson, Paris, 1912.
- Parisot.* — Pression artérielle et glandes à sécrétion interne (Foie, reins), Essai de Pathologie expérimentale. Nancy, 1907, Paris, 1908.
- Roger.* — Le sang et les sécrétions internes (Presse Médicale du 23 novembre 1927).
- Serege.* — La cure thermale de Vichy est-elle contre-indiquée chez tous les hypertendus (La Médecine, Paris, 1922-1923, t. IV, p. 715-718).
- Vaquez.* — Maladies du cœur in Traité de Médecine de Gilbert et Carnot. J.-B. Baillères et Fils, Paris, 1921.
- Villaret.* — Contributions à l'étude du syndrome d'hypertension portale. Les troubles du débit urinaire dans les affections hépatiques. Thèse de Paris, 1905-1906, n° 401.
- Villaret, S Bloch, Bariety, Lappas (J.-B).* — Crises hypertensives paroxystiques au cours d'un lymphosarcome du médiastin supérieur (Bulletin Société médicale des Hôpitaux de Paris, 2 juillet 1926).

